Aus der Heilstätte für Lungenkranke
Auguste-Viktoria-Stift
in Bad Lippspringe (Westf.)
Chefarzt Weiland Dr. Gumprecht

Beitrag zu dem Problem der zwangsweisen Asylierung Offenlungentuberkulöser

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät der
Westfälischen Wilhelms-Universität
zu Münster (Westf.)

vorgelegt von

Karl-Heinz Freimuth
aus Minden (Westf.)

1938

Druck: Heinrich Buschmann, Münster (Westf.), Drubbel 17-18

Dekan: Prof. Dr. Heiderich

Berichterstatter: Dozent Dr. Reploh

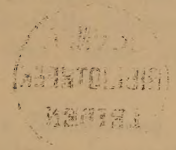
und Prof. Dr. Jötten

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Tag der mündl. Prüfung 10. Februar 1938

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster (Westf.)

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet!



Die Tuberkulose ist eine der ältesten Seuchen, die schon ganze Völker dahingerafft hat. In Deutschland sterben jährlich noch 40- bis 50 000 Menschen an Tuberkulose. Braeuning hat berechnet, daß in Deutschland ungefähr 2 % aller Menschen an Tuberkulose erkrankt sind und ungefähr 0,6 % an offener Tuberkulose leiden. Bedenkt man, daß durch Heilstättenkuren, Fürsorgemaßnahmen und Ausfall an Arbeitskräften jährlich Unsummen von Volksvermögen verloren gehen, so ist es klar ersichtlich, daß diese Seuche, die Not und Elend über viele Menschen bringt, mit allen Mitteln bekämpft werden muß.

Seit der Entdeckung des Tuberkelbazillus durch Robert Koch hat man die verschiedensten Wege zur Bekämpfung der Tuberkulose beschritten. Man versuchte vor allem durch aktive Behandlungsformen dieser Krankheit Herr zu werden. Die hierüber geschriebene Literatur geht ins Unermeßliche, und doch ist es bisher keiner aktiven Behandlungsform gelungen, einen wirklichen und dauerhaften Erfolg zu verzeichnen. Ebenfalls führten Heilstättenkuren und freiwillige Absonderung in sehr vielen Fällen zu keiner endgültigen Heilung des Leidens.

Gewiß ist durch aktive Behandlung, durch Heilstättenkuren und freiwillige Absonderung offener Lungenkranker schon sehr viel erreicht worden, so daß die Sterblichkeit an Lungentuberkulose gewaltig gesunken ist. Da nun aber die Tuberkulose von allen Forschern als Infektionskrankheit anerkannt wird, und die hauptsächlichste Ansteckungsform die direkte Uebertragung des Bazillus von Mensch zu Mensch ist, wird es nur dann gelingen, dieses Uebel auszurotten, wenn man es an der Wurzel faßt, d. h., Ausfindigmachen und Asylieren von Bazillenstreuern, denn nur so kann man sich einen dauerhaften und endgültigen Erfolg im Kampf gegen die Tuberkulose versprechen.

Schon seit Beginn der Bekämpfung der Tuberkulose ist die Frage der Asylierung offener Lungenkranker erörtert worden. Aber die Tuberkulose wurde nicht allgemein als Infektionskrankheit anerkannt. Ferner fehlte es an gesetzlichen Handhaben, die nicht einsichtigen Kranken, also die gefährlichsten Bazillenstreuer, abzusondern. Da nun im nationalsozialistischen Staate mit aller Energie die Volksgesundung angestrebt wird, werden die Stimmen immer

lauter, die die Zwangsabsonderung Offentuberkulöser verlangen. Es sei hier aber gleich betont, daß es kaum möglich sein wird, alle Offentuberkulösen zwangsweise abzusondern, denn es bestände kaum die Möglichkeit, diese große Zahl der Kranken unterzubringen. Daher muß erstrebt werden, vor allem diejenigen Bazillenstreuer zu asylieren, die sich asozial oder gar antisozial verhalten, die kinderreichen Familien angehören und in ärmlichen Wohnungsverhältnissen leben. Ferner sind solche Offentuberkulöse zwangsweise abzusondern, die als Untermieter durch Wohnungsänderung für viele eine Ansteckungsquelle bedeuten, sowie diejenigen, die in ihrer beruflichen Tätigkeit mit Nahrungsmitteln in Berührung kommen.

Wenn wir uns nun fragen, warum die Zwangsasylierung Offentuberkulöser dringend erforderlich ist, dann müssen wir feststellen, daß unser Weg bei freiwilliger Absonderung und Heilstättenkuren von wenigen Monaten nicht weit führt. Ein großer Teil der Kranken, der den Heilstätten oder Krankenhäusern zur Entseuchung überwiesen wird, kommt und geht als offentuberkulös. Es gelingt wohl oft, einige Kranke durch Klarlegung der Gefahr, die sie für ihre Umgebung bilden, zu einem längeren Kuraufenthalt zu bewegen. Dies ist aber oft auch alles, was erreicht wird. Eines Tages sind auch diese Kranken nicht mehr zu halten. Der Ehemann will seine Frau nach Haus haben, ihm gefällt das Alleinsein nicht mehr. Dann kommt das Heimweh, das Verlangen nach den Kindern, zumal, wenn diesen nicht die richtige Pflege oder Sorgfalt bei fremden Menschen zuteil wird. Familien- und Wirtschaftssorgen sind in vielen Fällen die Beweggründe zum Verlassen der Heilstätte. Viele Kranke fühlen sich nach einer gewissen Zeit gebessert und sind der Meinung, sie könnten nach Haus und ihrer Arbeit wieder nachgehen. Die Gefahr der Verseuchung ihrer Angehörigen sehen sie nicht ein. Als Ernährer ihrer Familie kommen sie nur in seltenen Fällen in Frage, da sie ihrer beruflichen Tätigkeit doch nicht nachgehen können.

Was nützt es nun, wenn sich der Zustand des Kranken gebessert hat, er aber nicht bazillenfrei geworden ist und in seine alten Verhältnisse zurückkehrt? Die Ausgaben sind teilweise vergeblich gewesen. Zwar ist eine Besserung des Allgemeinbefindens des Kranken eingetreten, aber die Ansteckungsgefahr besteht nach wie vor.

Mit Recht wird von K a h l und vielen anderen gefordert, daß, wenn die Tuberkulose als Infektionskrankheit anerkannt wird, ihre Bekämpfung mit aller Konsequenz durchgeführt werden muß, genau wie bei Pocken und den akuten Infektionskrankheiten. Bei der Tuberkulose liegen die Verhältnisse allerdings erheblich anders als bei den akuten Infektionskrankheiten. Diese erfordern nur eine Absonderung für kurze Zeit, während bei der Tuberkulose eine Entseuchung oft erst nach Jahren oder überhaupt nie eintritt. Wenn es aber dem Mittelalter gelungen ist, durch rigorose Maßnahmen die

Lepra auszurotten, so daß uns diese heute beinahe nur noch aus Büchern bekannt ist, dann muß es uns auch gelingen, der Tuberkulose Herr zu werden.

Welche Möglichkeiten bestehen nun, Bazillenstreuer abzusondern?

Wie anfangs schon betont wurde, ist es nicht möglich, alle Bazillenstreuer zwangsweise zu asylieren, denn dazu reichen die vorhandenen Heilstätten, Tuberkulosekrankenhäuser und sonstigen Unterkunftsmöglichkeiten nicht aus. Außerdem würde die zwangsweise Unterbringung aller Offentuberkulöser Unsummen an Volksvermögen verschlingen. Es läßt sich auch eine teilweise Asylierung innerhalb der eigenen Wohnung durchführen, vorausgesetzt, daß diese groß genug ist, und der Kranke ein eigenes Zimmer hat.

Braeuning sagt hierzu: „Eine vollständige Trennung der Offentuberkulösen innerhalb der Familie ist unmöglich, aber schon eine relative Trennung mit Verringerung der Ansteckungsgefahr ist von Nutzen." Er begründet dieses mit eigenen Erhebungen. Er hat festgestellt, daß in „hygienisch sanierten Familien" die Tuberkulinprobe bei Säuglingen seltener positiv wird, als in nicht sanierten, und die Säuglingssterblichkeit nicht höher ist, als in tuberkulosefreien Familien. Er wünscht für vernünftige und einsichtige Kranke, von denen man erwarten kann, daß sie die hygienischen Vorschriften genau beachten werden, besonders gebaute Wohnungen; denn nach seinen Erfahrungen in Stettin stellt sich die Beschaffung einer einwandfreien Wohnung billiger, als die Unterbringung in einer Heilanstalt.

Nun, die Erfahrungen und Vorschläge Braeunings sind sehr wertvoll und zeigen die Möglichkeit, bei einsichtigen Kranken eine teilweise Asylierung ohne Härten durchzuführen. Aber leider ist die Zahl der einsichtigen und vernünftigen Kranken nur sehr gering; denn die Mehrzahl der Bazillenstreuer wird die hygienischen Vorschriften auf die Dauer trotz zeitweiser Kontrolle durch die Fürsorgestelle nicht beachten und sie für überflüssig halten. Für unvernünftige, nicht einsichtige und asoziale Kranke verlangt auch Braeuning die Zwangsabsonderung. Es müssen aber gesetzliche Maßnahmen vorhanden sein, die die Handhabe bieten, diese Kranken zwangsweise abzusondern.

Haben wir überhaupt die Möglichkeit, eine Zwangsabsonderung vorzunehmen?

Gewiß bestehen in den einzelnen deutschen Ländern gesetzliche Handhaben, eine Zwangsabsonderung vorzunehmen. Aber diese gesetzlichen Bestimmungen beziehen sich allgemein auf Infektionskrankheiten und sind nicht einmal für alle Fälle anwendbar. Ueberall fehlt es an Bestimmungen, die gerade die Tuberkulose als gefährlichste Infektionskrankheiten betreffen.

Das preußische Tuberkulosegesetz vom Oktober 1923 und die Nachträge schreiben nur vor, daß für alle Erkrankungen, für alle verdächtigen Erkrankungen an offener Tuberkulose und für alle ansteckenden Todesfälle an Tuberkulose eine Meldepflicht besteht. Es sind in diesem Gesetz keine Maßnahmen gegen die gemeldete und erkannte Tuberkulose einwandfrei festgelegt. Allerdings ist es möglich, nach § 14 des preußischen Polizeiverwaltungsgesetzes eine zwangsweise Absonderung vorzunehmen.

Zur zwangsweisen Absonderung Offenlungentuberkulöser kann in Bayern der § 67, Abs. 2 des bayerischen Polizeistrafgesetzbuches und die Ministerialentschließung vom 9. Mai 1911 herangezogen werden. In diesem Gesetz und dieser Ministerialentschließung sind keine Vorschriften über die Zeitdauer der zwangsweisen Absonderung vorhanden, sondern diese festzulegen bleibt den Aerzten in Verbindung mit den Fürsorgestellen überlassen.

In Baden besteht eine Verordnung, die die Bekämpfung ansteckender Krankheiten betrifft. Nach § 10 Abs. 2 dieser Verordnung kann für ansteckende Tuberkulöse Krankenhausunterbringung angeordnet werden.

In Württemberg bietet der Art. 32, Abs. 5 des Polizeistrafgesetzbuches eine Handhabe, denjenigen zu bestrafen, der den polizeilichen Anordnungen zuwiderhandelt, die zur Verhütung von Gefahr für Leben und Gesundheit von Menschen erlassen worden sind.

Im Saargebiet trat 1924 eine Verordnung zur Bekämpfung der Tuberkulose in Kraft. Der § 5 dieser Verordnung enthält eine Bestimmung, nach der eine Zwangsabsonderung durchgeführt werden kann.

In anderen deutschen Ländern bestehen ähnliche Verordnungen und Regelungen.

Auf Grund des § 327 des Reichsstrafgesetzbuches ist eine Handhabe gegeben, denjenigen mit Gefängnis bis zu zwei Jahren zu bestrafen oder mit einer empfindlichen Geldstrafe zu belegen, der eine Zwangsasylierung zu unterbinden sucht. Dieser Paragraph kann in solchen Fällen in Anwendung gebracht werden, in denen sich Menschen mit allen Mitteln widersetzen, einen Angehörigen zwangsweise asylieren zu lassen.

Der einzige deutsche Staat, der in Bezug auf die Tuberkulosegesetzgebung als vorbildlich gelten kann, ist das Land Thüringen. Unter dem jetzigen Reichsinnenminister Dr. F r i c k wurde 1930 die thüringische Landesseuchenordnung herausgegeben und am 14. Febr. 1931 zum Gesetz erhoben. Dieses Gesetz bietet die Möglichkeit, alle Tuberkulösen, Tuberkuloseverdächtigen und Tuberkulosegefährdeten polizeilich zur Untersuchung vorzuführen, und wenn es sein muß, auch zwangsweise abzusondern. Diejenigen Bestimmungen der Lan-

desseuchenordnung, die die Grundlage zur Zwangsasylierung bilden, sind in den Paragraphen 11, I der Verordnung und 18, II erster Satz und 22, I—III der Seuchenausführungsbestimmungen enthalten.

Daß das Land Thüringen in der Seuchengesetzgebung allen deutschen Staaten voran ist, hat seinen Grund darin, daß es 1931 von einer nationalsozialistischen Regierung geführt wurde, die das Wohl des Volkes über die Wünsche des einzelnen setzte.

Daß sich die Zwangsabsonderung vor allen Dingen auf asoziale und antisoziale Kranke erstrecken muß, sollen einige in der Literatur angeführte Fälle zeigen. Krutsch berichtet in seinen Vorschlägen zur Verschärfung der Tuberkulosegesetzgebung einige ihm mitgeteilte Fälle, die wegen ihrer Eindringlichkeit hier ausführlich mitgeteilt werden sollen.

1. Fall: Gelegentlich einer Voruntersuchung in Arnstadt kamen die Angehörigen eines Kranken mit der Bitte um Hilfe, weil der Kranke von früh bis abends in der Wohnstube auf dem Sofa liege, mit Absicht überall herumspucke. Auf Vorhaltung der Angehörigen antwortete er: „Wenn ich krank bin, können andere es auch sein."

2. Fall: S. B., offene Tuberkulose. Bekam wiederholt bessere Wohnung von uns. Hat jetzt 4 Zimmer, schläft trotzdem mit Frau und Kindern in einem Zimmer. Frau erwarb sich offene Tuberkulose, ein Kind hat Winddorn.

3. Fall: W. B., offene Tuberkulose, 2 Betten, 7 Personen. Bekommt Bett von uns, verkauft dieses. Ausleerungen mehrerer Wochen stehen in Konservendosen unter dem Bett und verpesten die Luft. Ablehnend gegen Krankenhausaufnahme.

Duken erlebt einen Fall, wo ein Offentuberkulöser seinem eigenen Kinde Sputum in den Mund schmierte mit den Worten: „Wenn ich verrecke, kann mein Kind auch verrecken."

Dieses sind nun einige Fälle von ausgesprochen asozialem Verhalten. Ihrer ließen sich noch sehr viele anführen.

Allerdings lassen sich die Asozialen immerhin durch polizeiliche Maßnahmen der einzelnen Länder zwangsweise absondern, wie oben bereits angeführt wurde. Aber das große Heer der nicht Einsichtigen und Unvernünftigen kann seine Umgebung weiterhin gefährden. Nicht zu vergessen ist, daß gerade alte Leute eine große und oft übersehene Verseuchungsquelle bilden, da diese durch ihr Leiden manchmal keinerlei Beschwerden haben. Durch ihren Umgang mit Kindern gefährden und verseuchen sie diese leicht. Oxenius berichtet einen Fall, in dem ein alter Medizinalrat seit Jahren an offener Lungentuberkulose leidet und dessen drei Enkelkinder inner-

halb von drei Jahren plötzlich an tuberkulöser Meningitis starben. Der Kranke war viel mit seinen Enkeln zusammen gewesen, konnte sich die Ansteckungsmöglichkeit aber nicht erklären, da er selbst keinerlei Beschwerden durch sein Leiden hatte. K a h l berichtet ebenfalls einige Fälle, wo Offentuberkulöse nach einem kurzen Krankenhausaufenthalt in ihre Wohnung zurückgekehrt sind und ihre Angehörigen angesteckt haben.

Daß eine einheitliche Gesetzgebung für die Tuberkulosebekämpfung geschaffen werden muß, und dringend erforderlich ist, und daß sich die Möglichkeit einer Zwangsabsonderung nicht nur auf Asoziale und Antisoziale, sondern auch, wenn es sein muß, auf a l l e Offentuberkulöse zu erstrecken hat, sollen die Erfahrungen zeigen, die in der Lungenheilstätte „Auguste-Viktoria-Stift" in Bad Lippspringe in den Jahren von 1934—36 gemacht wurden. Daß aus der Zeit vor 1934 keine Fälle angeführt werden, hat seinen Grund darin, daß früher keine Kranken als Asylierfälle geführt wurden, und alle Kranken nach mehr oder weniger langer Kurzeit entlassen worden sind, ob sie offen waren oder nicht.

In der Heilstätte „Auguste-Viktoria-Stift" in Bad Lippspringe wurden in den Jahren 1934—36 145 Kranke aufgenommen, bei denen mit einer Entseuchung vorerst oder vielleicht nie zu rechnen war. Bei ihnen bestand keine Aussicht auf Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit, die häuslichen Verhältnisse erlaubten keine Rückkehr, da minderjährige Kinder oder Geschwister in der Wohnung weilten, die mit der Kranken gemeinsame Zimmer bewohnten und der dauernden Gefahr der Verseuchung ausgesetzt waren.

Es wurde nun versucht, diese Kranken von einer Rückkehr in ihre alten Verhältnisse abzuhalten, d. h. zu asylieren. Von diesen 145 Kranken lehnten 3 die Asylierung von vornherein ab, da sie, bzw. ihre Angehörigen nicht in der Lage waren, ihren erforderlichen Anteil zum Pflegesatz zu zahlen, 10 hatten Heimweh, 27 verließen die Heilstätte wegen fehlender Krankheitseinsicht. Bei 7 Patienten verlangten die Eltern ihr Kind nach Beendigung der vorgesehenen Kur nach Haus. In 3 Fällen wünschte der Ehemann seine Frau nach Haus, da ihm das Alleinsein nicht mehr behagte. Schließlich wurde in 8 Fällen von der Entsendestelle die Asylierung abgelehnt, da ihr die Mittel zur Absonderung fehlten. Es ließ sich also in 58 Fällen die Asylierung überhaupt nicht durchführen.

Die Verpflegungsdauer dieser 58 Kranken betrug durchschnittlich 80 Tage, die kürzeste 15 und die längste 137 Tage. Untersuchen wir diese Fälle nach dem Umfange des Krankheitsprozesses, dem Beruf des Vaters oder des Ehemannes der Kranken, ferner nach Erkrankungen von Angehörigen oder nahen Verwandten, dann ergibt sich folgendes:

Produktiv-exsudativ-cavernös erkrankt waren 34 Fälle, von denen 25 verheiratet waren und 9 nicht. Im einzelnen liegen die Verhältnisse wie folgt:

Von den 25 Verheirateten hatten 11 je 1 Kind unter 12 Jahren, bei allen schlief das Kind im Zimmer der Eltern, 4mal war der Ehemann Bergmann, 3mal Handwerker und 4mal Arbeiter. Die Kranke hatte keine Hilfe im Hause und versorgte Haushalt und Kind selbst. Das Kind war bei allen bisher gesund. In 7 dieser 11 Fälle war von den Eltern, Geschwistern der Kranken oder Angehörigen seitens des Mannes jemand an Lungentuberkulose erkrankt oder gestorben. Weitere 6 Kranke hatten je 3 Kinder im Alter von 4 bis 9 Jahren. In 2 dieser Fälle schlief 1 Kind bei den Eltern im Zimmer, die beiden anderen getrennt davon in einem anderen Raume. Bei den 4 übrigen Kranken schliefen alle 3 Kinder getrennt von den Eltern. Bei allen war der Ehemann Bergmann oder Arbeiter, die Kranke mußte Haushalt und Kinder selbst versorgen. In 3 dieser Fälle war der Bruder oder eine Schwester der Kranken ebenfalls lungenkrank, einmal selbst der Ehemann. Vier dieser exsudativ-produktiv-cavernös Erkrankten waren Arbeiterfrauen, hatten je 2 Kinder von 1 bis 7 Jahren und führten ihren Haushalt allein. Bei einer Kranken wohnte noch ein Bruder in der Wohnung, der auch an Lungentuberkulose litt. Eine Kranke hatte 4 Kinder, davon schliefen 3 zusammen in einem Zimmer, das 4. für sich allein, da es schon „s c h w a c h" auf der Lunge war. Der Vater der Kranken war an Lungentuberkulose gestorben. Drei Kranke, die keine Kinder hatten, bewohnten eine kleine Wohnung in familienreichen Häusern. Sie sollten abgesondert werden, da nicht damit zu rechnen war, daß sie die hygienischen Vorschriften beachten würden und keine Krankheitseinsicht zeigten.

Bei den 9 Nichtverheirateten lebte die Kranke in 3 Fällen mit 2 Geschwistern unter 10 Jahren zusammen und teilte mit einem das Schlafzimmer. Der Vater war einmal Bauer und zweimal Handwerker. In 4 weiteren Fällen lebte die Mutter von einer kleinen Rente. Hier lebte die Kranke noch mit einem minderjährigen Bruder bezw. Schwester zu Haus. Einmal war der Vater an Lungentuberkulose gestorben, ein anderes Mal die Mutter früher lungenkrank gewesen. In 2 weiteren Fällen, bei denen der Vater Arbeiter bezw. Schlosser war, teilte die Kranke das Schlafzimmer mit einer jüngeren Schwester.

Exsudativ-pneumonisch-cavernös erkrankt waren 12 Fälle, von denen 5 verheiratet und 7 unverheiratet waren. Von den Verheirateten hatten 2 je 2 Kinder unter 15 Jahren. Der Ehemann gehörte dem Handwerker- bezw. dem Arbeiterstande an. Die Kinder schliefen von den Eltern getrennt, die Mutter versorgte sie aber allein. Bei den 3 übrigen war der Mann Arbeiter, sie hatten je 1 Kind, welches mit den Eltern zusammen im Zimmer schlief. In 2 dieser 5 Fälle litt der Vater oder die Mutter an Tuberkulose.

Von den 7 Nichtverheirateten dieser exsudativ-pneumonisch-cavernös erkrankten Gruppe lebten 3 mit 4 Geschwistern von 11 bis 19 Jahren zusammen, keine verfügte über ein eigenes Zimmer, bei zweien ist von den Geschwistern schon eins lungenkrank gewesen. In einem Falle ist der Vater an Tuberkulose erkrankt. Von den übrigen 4, die mit 3 Geschwistern unter 20 Jahren zu Hause wohnen, haben 2 angeblich ein eigenes Zimmer, der Vater ist Landwirt oder Arbeiter. In 3 Fällen ist die Tuberkulose in der näheren Verwandtschaft bekannt.

Produktiv-cirrhotisch-cavernös erkrankt waren ebenfalls 12 Fälle. Hiervon 7 verheiratet und 5 unverheiratet. Von den Verheirateten haben 3 je 1 Kind unter 10 Jahren, 2 je 2 Kinder von 1 bis 6 Jahren, eine Kranke hat 1 Kind von 4 Jahren und eine ist kinderlos. Der Ehemann ist bei 4 Kranken Bergmann, bei einer Landwirt, und bei zweien Arbeiter. Die Mutter versorgt Haushalt und Kinder selbständig ohne jegliche Hilfe. Die Wohnung bietet der Kranken kein eigenes Zimmer. Von den 7 Unverheirateten leben 4 mit je 2 minderjährigen Geschwistern zusammen, keine hat ein eigenes Zimmer. Die 3 übrigen haben einen Bruder bezw. eine Schwester unter 18 Jahren, mit denen sie zu Hause leben. Die Kranken waren aber wenig einsichtig, so daß auch bei ihnen eine Absonderung vorgenommen wurde. In 3 dieser 7 Fälle war der Vater bezw. die Mutter schon krank gewesen, in einem weiteren ein Bruder bereits an Tuberkulose gestorben, und in einem anderen ein Onkel an Tuberkulose erkrankt. Der Vater war Schlosser, Bergmann oder Arbeiter.

Da nun im Laufe der Jahre von diesen 58 Kranken, bei denen eine Absonderung vorgesehen war, diese aber von vornherein abgelehnt wurde, 4 verstorben sind, bleiben noch 54, die weiterhin ihre Umgebung in höchstem Maße gefährden können. Bei 28 dieser 58 Kranken ließ sich in der Familie oder in der nächsten Verwandtschaft Lungentuberkulose feststellen. Sieben gaben an, mit Lungenkranken zusammen gearbeitet zu haben. Es ist also mit großer Wahrscheinlichkeit anzunehmen, daß die Ansteckungsquelle für unsere Kranken in ihrer Umgebung zu suchen ist, und sie selbst weiterhin eine große Gefahr für andere bilden, zumal sich ihr Allgemeinbefinden gebessert hat, und sie sich noch mehr als früher in ihrer Umgebung betätigen werden.

Asyliert werden konnten nur 87 Kranke. Auch sie stammten aus Arbeiter-, Handwerker- und Bauernfamilien. Die häuslichen Verhältnisse liegen ähnlich den oben geschilderten Fällen. Es ließ sich 37mal Tuberkulose in der Familie, in der nächsten Verwandtschaft oder in der Umgebung der beruflichen Tätigkeit feststellen.

Die durchschnittliche Verpflegungsdauer dieser 87 Kranken belief sich auf 188 Tage, die kürzeste auf 19 und die längste auf 835 Tage. Hiervon sind 12 Kranke nach einer mittleren Absonderungszeit von

156 Tagen in der Heilstätte gestorben. Nach einer durchschnittlichen Asylierzeit von 197 Tagen sind 35 Kranke zur weiteren Absonderung in das heimatliche Krankenhaus überwiesen worden, 23 sind dort inzwischen gestorben. In ihre alten Verhältnisse kehrten nach durchschnittlich 335 Tagen 9 Kranke zurück, da sie Heimweh hatten und an eine Entseuchung nicht mehr glaubten. Von ihnen starben bisher 2 zu Hause. Von den 7 noch Lebenden wohnen alle mit Geschwistern zu Haus, verheiratet ist niemand von ihnen. Es haben 3 von ihnen minderjährige Geschwister zu Haus. Der Vater ist in einem Falle Bergmann, in den beiden anderen Fällen Arbeiter. Zwei Kranke leben mit einer Schwester zusammen und teilen deren Schlafzimmer. Der Vater ist Maurer bezw. Arbeiter. Die 2 übrigen Kranken leben mit einem Bruder und einer Schwester zusammen, die beide noch unter 15 Jahren sind. Der Vater ist einmal Bergmann und zweimal Invalide.

In 31 Fällen konnten die Kranken nach Hause entlassen werden, da inzwischen ein Einzelzimmer beschafft worden war oder Geschwister bezw. minderjährige Kinder nicht mehr in der Wohnung weilten. Die Verpflegungsdauer dieser Kranken betrug durchschnittlich 123 Tage. Es handelte sich außerdem um einsichtige und vernünftige Kranke, von denen zu erwarten war, daß sie die hygienischen Vorschriften beachten würden. Von ihnen sind bisher 11 gestorben.

Fassen wir nun das Ergebnis der Asylierung zusammen, so läßt sich feststellen, daß von den 145 Kranken, bei denen eine Absonderung vorgesehen war, bis jetzt 52 gestorben sind, 32 davon zurzeit noch asyliert sind, allerdings 20 davon nur teilweise zu Hause in der eigenen Wohnung, und 61 in ihre alten Verhältnisse zurückgekehrt sind. Daß die Asylierung bei 78 Kranken bisher gelang, ist darauf zurückzuführen, daß es sich bei ihnen größtenteils um bettlägerige und pflegebedürftige Kranke gehandelt hat, denen zu Hause wohl kaum die richtige Betreuung zuteil geworden wäre.

Die 61 Kranken aber, die die Heilstätte wieder verlassen haben und in ihre alten Verhältnisse zurückgekehrt sind, bilden weiterhin eine gefährliche Ansteckungsquelle für ihre Umgebung, bei ihnen sind alle Ausgaben umsonst gewesen, und im Kampf gegen die Tuberkulose ist in diesen Fällen nur wenig erreicht worden. Gerade bei diesen 61 Kranken wäre eine Zwangsabsonderung erforderlich gewesen wegen der fehlenden Krankheitseinsicht und wegen ihres asozialen Verhaltens.

Ferner ergeben die oben angeführten Fälle, daß in 72 von 145 angeführten Fällen Tuberkulose in der Verwandtschaft oder in der beruflichen Umgebung vorgekommen ist, und mit großer Wahrscheinlichkeit ist anzunehmen, daß hier die Verseuchungsquelle für unsere Kranken zu suchen ist. Dies ist doch wohl ein wichtiger Hinweis,

daß unbedingt Zwangsmaßnahmen zur Absonderungsmöglichkeit aller Offentuberkulöser erforderlich sind. Trotz der wohl sicheren Annahme, daß sich unsere Kranken ihr Leiden in ihrer Umgebung zugezogen haben und damit zu rechnen ist, daß sie wiederum andere Mitmenschen verseuchen werden, war es uns unmöglich, diese Kranken zu zwingen, weiterhin in der Heilstätte zu bleiben, da ihr Verhalten wohl kaum eine Möglichkeit zu polizeilichen Maßnahmen bot.

Dieses sind nun die Erfahrungen, die in der oben genannten Heilstätte mit der freiwilligen Absonderung gemacht worden sind, und man muß feststellen, daß der Erfolg doch recht gering ist.

Sehen wir uns nun die Erfolge an, die mit den möglichen Zwangsmaßnahmen einzelner Länder erreicht wurden, so ergibt sich folgendes Bild:

Heisig berichtet aus Thüringen, daß der Vater einer Offentuberkulösen auf Grund des § 327 des Reichsstrafgesetzbuches zu 14 Tagen Gefängnis verurteilt wurde, weil er sich der zwangsweisen Absonderung seiner Tochter widersetzte.

Riedel teilt aus Nürnberg mit, daß er im Laufe von 7 Jahren nur 10—12 Zwangseinweisungen auf Grund des Bayrischen Polizeistrafgesetzbuches erlebt hat.

Kreuser hat im Saargebiet in 3 Jahren seit dem Inkrafttreten der Verordnung zur Bekämpfung der Tuberkulose auch nur 18 Fälle von Zwangseinweisung erlebt.

Wenn diese Zahlen der Zwangsasylierung nur sehr gering sind, dann muß man bedenken, daß es sich hier nur um asoziale Kranke gehandelt hat. Würde die Zwangsabsonderung auf alle die ausgedehnt werden, die ihre Umgebung in höchstem Maße gefährden, dann wären sicherlich erheblich mehr Kranke abgesondert worden. Es fehlt eben an Bestimmungen, die die zwangsweise Absonderung aller Offentuberkulöser möglich machen, sei es wegen der häuslichen Wohnungsverhältnisse, wegen Umgang mit Gefährdeten, wegen Beschäftigung in der Nahrungsmittelindustrie oder in Speisewirtschaften, oder handelt es sich schließlich um leichtsinnige, unvernünftige und asoziale Kranke, oder um ansteckungsverdächtige Personen, die obdachlos oder berufs- und gewohnheitsmäßig umherziehen und ohne feste Wohnung sind.

Es ist dringend zu wünschen und erforderlich, daß bald ein Reichstuberkulosegesetz geschaffen wird, das eine einheitliche Bekämpfung der Tuberkulose im Reiche vorsieht und die Möglichkeit bietet, jeden Offentuberkulösen, der seine Umgebung gefährden kann, zwangsweise abzusondern. Es geht nicht an, daß in den einzelnen deutschen Ländern nach verschiedenen Gesetzen die Tuberkulose bekämpft wird und nach verschiedenen Gesetzen eine Zwangs-

absonderung möglich ist, die sich nicht einmal auf jeden Kranken erstrecken kann. Das ist eine Halbheit. Hiermit werden wir im Kampf gegen die Tuberkulose nie zu einem erfolgreichen Ende kommen, sondern nur dann, wenn ein Reichstuberkulosegesetz in Kraft tritt, welches die Möglichkeit bietet, wenn es sein muß, j e d e n Offentuberkulösen zwangsweise abzusondern.

Zusammenfassung.

Es sollte in dieser Arbeit gezeigt werden, wie dringend es erforderlich ist, daß eine einheitliche Tuberkulosegesetzgebung für das ganze Reich geschaffen werden muß, und wie wichtig es ist, daß nach einem für das ganze Reich maßgebenden Gesetze die Zwangsabsonderung durchführbar sein muß. Von der Bedeutung der Tuberkulose als Volksseuche ausgehend wurde gezeigt, wie weit wir bis heute mit den bisherigen Bekämpfungsmethoden gekommen sind, und wie weit die Möglichkeit besteht, Zwangsabsonderungen vorzunehmen. An Hand der Erfahrungen der Heilstätte „Auguste-Victoria-Stift" in Bad Lippspringe und in der Literatur mitgeteilter Fälle, wurde erläutert, daß die bisherigen Maßnahmen zur Bekämpfung der Tuberkulose nicht genügen, und es wird die Forderung aufgestellt, daß nur dann die Tuberkulose mit größtem Erfolg bekämpft werden kann, wenn ein Reichstuberkulosegesetz geschaffen wird, das die Möglichkeit bietet, alle Ansteckungsquellen von der Allgemeinheit auszuschließen, d. h. wenn es sein muß a l l e Offentuberkulösen zwangsweise zu asylieren.

Schrifttum.

Braeuning: Erfahrungen mit besonders für Tuberkulöse gebaute Wohnungen. Der öffentliche Gesundheitsdienst, 2. Jahrg., 1936, S. 476.

— Verhütung der Ansteckung mit Tuberkulose innerhalb der Wohnung. Zentralblatt für die gesamte Tuberkulose-Forschung. Bd. 18, 1922, S. 587.

Dugge: Wo bleibt die planmäßige Tuberkulose-Seuchenbekämpfung? Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 83, 1933, S. 596.

Frey: Nationalsozialistischer Volksgesundheitsdienst. Der öffentliche Gesundheitsdienst, Teilausgabe B, S. 1.

Heisig: Erfahrungen mit der zwangsweisen Absonderung Offentuberkulöser im Rahmen der Thüringischen Tuberkulose-Bekämpfung, Ziel und Weg. 7. Jahrgang, 1937, S. 2.

— Deutsche Tuberkulose-Tagung 1936 in Warnemünde, Aussprache. Der öffentliche Gesundheitsdienst, 2. Jahrgang, 1936, S. 305.

Kahl: Zwangsverwahrung der Tuberkulösen? Deutsches Tuberkuloseblatt, 8. Jahrg. 1934, S. 185.

Kayser-Petersen: Eigennutz und Gemeinnutz in der Tuberkulose-Bekämpfung. Reichstuberkulose-Blatt, 21. Jahrg. 1934, S. 19.

Kreuser: Tuberkulose-Bekämpfung und Volksgemeinschaft. Die Tuberkulose, 15. Jhrg. 1935, S. 125.

Krutzsch: Vorschläge zur Verschärfung der Tuberkulose-Gesetzgebung. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, 65. Jhrg. 1927, S. 396.

— Notwendigkeit und Grenzen des Zwanges in der Tuberkulose-Bekämpfung. Zeitschrift für Tuberkulose, Bd. 53, Jhrg. 1929, S. 490.

Oxenius: Zur Frage der Unschädlichmachung Tuberkulöser. Deutsches Tuberkuloseblatt. 9. Jhrg. 1935, S. 10.

Peretti: Aktive Tuberkulosefürsorge. Der öffentliche Gesundheitsdienst, Teilausgabe B, 1. Jhrg. 1935, S. 97.

Poelschau: Ueber die Ausrottung der Tuberkulose als Volkskrankheit. Die Tuberkulose, 12. Jhrg. 1932, S. 113.

Reploh: Tuberkulosefürsorge und Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit (Unter Berücksichtigung des preußischen Tuberkulose-Gesetzes). Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Bd. 79, 1932, S. 761.

Riedel: Die zwangsweise Unterbringung Offentuberkulöser in einem Krankenhaus. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 67, 1927, S. 71.

Rimpau: Seuchenlehre, Seuchenbekämpfung. Deutsches Aerzteblatt. 64. Jhrg. 1934, S. 397.

Ritter: Ueber freiwillige und zwangsweise Absonderung der Offentuberkulösen.

Roloff: Die Zwangsverwahrung asozialer Offentuberkulöser nach den heute geltenden Gesetzen. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Teilausgabe B, 3. Jhrg. 1937, S. 97.

Seiffert: Die Entwicklung der Tuberkulosefürsorgestellen. Ein Rückblick und ein Ausblick. Der öffentliche Gesundheitsdienst. Teilausgabe B, 1. Jhrg. 1935, S. 11.

Söllinger: Ueber die Auswirkung der Tuberkulose in Familien Offentuberkulöser. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Bd. 78, 1931, S. 116.

Steinwaller: Zwangsweise Unterbringung eines Tuberkulösen in einem Krankenhaus ist rechtlich zulässig. Der öffentliche Gesundheitsdienst, Teilangabe B, 3. Jhrg. 1937, S. 379.

Im Referat eingesehen:

Baeuchlen: Zur Asylierung schwer Lungenkranker in der Volksheilstätte. Die Tuberkulose, Jhrg. 10, 1930, S. 251.

Bielefeldt: Welche Maßnahmen sind zur Isolierung tuberkulöser Personen zu empfehlen? Zentralblatt für die gesamte Tuberkulose-Forschung, Bd. 4, Jhrg. 1910, S. 542.

Hauke: Erfahrungen über die Asylierung offener unheilbarer Tuberkulöser in der Knappschaftsheilanstalt Sülzhayn. Zentralblatt für die gesamte Tuberkulose-Forschung, Bd. 44, Jhrg. 1936, S. 199.

Herrmann: Asylierung Schwertuberkulöser im preußischen Teil des Bezirkes Mitteldeutschland des Reichstuberkulose-Ausschuß. Zentralblatt für die gesamte Tuberkulose-Forschung, Bd. 41, Jhrg. 1934, S. 427.

Mayer: Asylierung Schwertuberkulöser. Zentralblatt für die gesamte Tuberkulose-Forschung, Bd. 27, Jhrg. 1926, S. 888.

Rumpf-Ebersteinberg: Weitere Aufgaben im Kampf gegen die Tuberkulose. Unterbringung Schwerkranker. Zentralblatt für die gesamte Tuberkulose-Forschung, Bd. 2, Jhrg. 1908, S. 324.

Lebenslauf.

Am 25. Oktober 1910 wurde ich als Sohn des Schneidermeisters Heinrich Freimuth und seiner Ehefrau Wilhelmine, geb. Schrewe, in Minden (Westf.) geboren. Nach vierjährigem Besuch der Grundschule und neunjährigem Besuch der Oberrealschule in Minden bestand ich meine Reifeprüfung im Februar 1931. Dem medizinischen Studium widmete ich mich an den Universitäten Marburg, München und Münster. Die ärztliche Vorprüfung legte ich in Marburg ab und bestand am 5. Dezember 1936 mein medizinisches Staatsexamen in Münster mit dem Gesamtprädikat „gut". Während meines praktischen Jahres war ich 4 Monate an der Lungenheilstätte „Auguste-Viktoria-Stift" in Bad Lippspringe und 8 Monate am St. Elisabeth-Krankenhaus in Neuwied tätig. An letzterem Krankenhause erstreckte sich meine praktische Tätigkeit auf 4 Monate innere Station und 4 Monate chirurgische und geburtshilflich-gynaekologische Station.